

Freud-lose Psychoanalyse? Zum Schicksal der Triebtheorie und zum Bedeutungswandel des Krankheitsverständnisses in der "modernen" Psychoanalyse

Gleiss, Irma

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Gleiss, I. (1994). Freud-lose Psychoanalyse? Zum Schicksal der Triebtheorie und zum Bedeutungswandel des Krankheitsverständnisses in der "modernen" Psychoanalyse. *Journal für Psychologie*, 2(1), 80-88. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-20879>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Einzelbeitrag

Freud-lose Psychoanalyse?

Zum Schicksal der Triebtheorie und zum Bedeutungswandel des Krankheitsverständnisses in der „modernen“ Psychoanalyse

Irma Gleiss

Zusammenfassung: Mit dem Beitrag soll gezeigt werden, daß der Verzicht auf die Freudsche Triebtheorie, wie er für den „modernen“ psychoanalytischen Diskurs geradezu typisch ist, folgenschwere praktische Konsequenzen (Krankheitsverständnis und Therapiemodell) mit sich bringt – insbesondere die letztlich vor-freudsche, abstrakte Gegenüberstellung von krank und normal, und das heißt: die verklärende Beschönigung des Normalen und die pathologisierende Ausgrenzung des Neurotischen und Perversen.

Einleitung

Die kultur- und theoriekritische Leistung Freuds wird oft einseitig entweder an seiner Meta-Theorie oder an seiner Kultur-Theorie festgemacht, der klinische Teil der Psychoanalyse (Krankheitsmodell und Therapiekonzept) hingegen mit anderen Maßstäben gemessen. So z. B. von Marcuse. In seiner Kritik des neofreudianischen Revisionismus legt er größten Wert auf eine meiner Ansicht nach überspitzte Trennung von Theorie und Therapie. Als Therapie diene die Psychoanalyse Freuds ebenso wie revisionistische Konzepte letztlich der Anpassung des Patienten an die krankmachende Kultur, ein kritischer Vergleich würde sich dadurch erübrigen. Und „infolgedessen gewinnen die kritischen Einsichten der Psychoanalyse ihr volles Gewicht nur auf dem Gebiet der Theorie und vielleicht besonders dort, wo die Theorie sich am weitesten von der Therapie entfernt – in Freuds Meta-Psychologie“ (1957, 806).

Die hier angelegte Trennung von Theorie und Praxis setzt sich im psychoanalytischen

Diskurs fort: So wird die Wertschätzung der klinischen Psychoanalyse oft global als „Medizinalisierung“ beklagt und bisweilen bereits das therapeutische Anliegen als „unanalytisch“ disqualifiziert. Dem entgegen ist es mein Anliegen, im engeren Bezugsrahmen klinischer Fragestellungen (Krankheitsbegriff und Therapieziele) den „Stachel Freud“ (vgl. Görlich u. a. 1980) aufzuzeigen und mit ihm die, daran gemessen, weichen Borsten der post-freudianischen Psychoanalyse durchzukämmen.

Dazu fünf Thesen:

1. Für den klinischen Kontext besteht die kulturkritische Leistung der Psychoanalyse Freuds im wesentlichen darin, daß sie in der Lage ist, den inneren Zusammenhang von Gesundheit, Perversion und Neurose zu begreifen.
2. Das theoretische Bindeglied, um diesen Zusammenhang konzeptualisieren zu können, ist die psychoanalytische Triebtheorie mit ihrer Einbindung in die Meta-Psycho-

logie und mit der dazugehörigen weiten Definition von Sexualität.

3. Ein bedeutender Trend in der modernen Psychoanalyse besteht in der Ablehnung der Triebtheorie und/oder der Meta-Theorie und in der Rückkehr zu einer engen Definition von Sexualität als genitaler Sexualität.
4. Mit dem Verzicht auf die Triebtheorie ist der innere Zusammenhang von psychischer Gesundheit, Perversion und Neurose nicht mehr konzeptualisierbar. Sie geraten in einen abstrakten, qualitativen Gegensatz zueinander.
5. Und damit geht schließlich die Grundlage für eine kritische psychoanalytische Praxis verloren.

1. These: Für den klinischen Kontext besteht die kulturkritische Leistung der Psychoanalyse im wesentlichen darin, daß sie den inneren Zusammenhang von Gesundheit, Perversion und Neurose begreift.

So jedenfalls sieht es Freud selber. Neurose und Perversion müssen nicht mehr wie in der Psychiatrie als Degeneration oder als letztlich moralische Verfehlungen verstanden werden, von denen der gesunde Mensch frei ist. Gibt man hingegen die zentralen Positionen der Sexualtheorie auf, „steht man wieder dort, wo man sich vor der Psychoanalyse befand, und muß auf das durch sie vermittelte Verständnis des Zusammenhangs zwischen Gesundheit, Perversion und Neurose verzichten“ (Freud 1913, 449).

Gesundheit und Krankheit sind für Freud Begriffe, denen in erster Linie eine praktische und weniger eine theoretische Bedeutung zukommt, und zwar deshalb, weil die Annahme besteht, daß es keinen qualitativen, prinzipiellen Unterschied zwischen gesund und krank gibt. „So wie Gesundheit und Krankheit nicht prinzipiell geschieden, sondern nur durch eine praktische Summationsgrenze gesondert sind, so wird man sich auch nie etwas anderes zum Ziel der Behandlung setzen, als die praktische Genesung des Kranken, die Herstellung seiner Leistungs- und Genußfähigkeit“ (Freud 1905a, 8). Das schreibt Freud im Jahre 1904, nicht früher, und das ist auch kein Zufall, wie später zu zeigen sein wird.

Auch die sogenannten Perversionen werden in dieses Krankheitsverständnis eingeordnet. Perverse Triebwünsche oder reale perverse Befriedigungsformen sind als solche weder gesund noch krank.

„Bei keinem Gesunden dürfte irgendein pervers zu nennender Zusatz zum normalen Sexualziel fehlen, und diese Allgemeinheit genügt für sich allein, um die Unzweckmäßigkeit einer vorwurfsvollen Verwendung des Namens Perversion darzutun. Gerade auf dem Gebiete des Sexuallebens stößt man auf besondere, eigentlich derzeit unlösbare Schwierigkeiten, wenn man eine scharfe Grenze zwischen bloßer Variation innerhalb der physiologischen Breite und krankhaften Symptomen ziehen will“ (1905b, 60).

Der innere Zusammenhang von Neurose, Perversion und Gesundheit rührt also daher, daß in allen Fällen qualitativ identische Komplexe, Ängste, Triebversagungen, Ersatzbildungen und Verdrängungsmechanismen vorherrschen, daß der Unterschied immer nur das Quantum betrifft. In dieser Einsicht sieht Freud 1909 in den *Clark-Vorlesungen* sogar das „Hauptergebnis“ der bisherigen psychoanalytischen Erkenntnis (1910, 54).

Auch Gesundheit ist immer „nervöse Gesundheit“, Resultat von Triebeinschränkung und Triebunterdrückung. „Der Unterschied zwischen nervöser Gesundheit und Neurose schränkt sich also aufs Praktische ein und bestimmt sich nach dem Erfolg, ob der Person ein genügendes Maß von Genuß- und Leistungsfähigkeit verblieben ist. Das führt sich wahrscheinlich auf das relative Verhältnis zwischen den frei gebliebenen und den durch Verdrängung gebundenen Energiebeiträgen zurück und ist von quantitativer, nicht von qualitativer Art“ (Freud 1916-17, 476).

Hier ist auch die Verbindung des Krankheits- bzw. Gesundheitsbegriffes zur Meta-Theorie angedeutet, die später noch einmal expliziert wird: „Gesundheit läßt sich eben nicht anders denn metapsychologisch beschreiben, bezogen auf Kräfteverhältnisse zwischen den von uns erkannten, wenn man will, erschlossenen, vermuteten Instanzen des seelischen Apparats (1937, 70).

2. These: Das theoretische Bindeglied, um den Zusammenhang von Neurose, Perversion

und Gesundheit konzeptualisieren zu können, ist die psychoanalytische Triebtheorie mit ihrer Einbindung in die Metapsychologie und mit der dazugehörigen weiten Definition von Sexualität.

Oben wurde behauptet, es sei kein Zufall, daß Freud erst 1905 die vorwiegend praktische Bedeutung des Krankheitsbegriffs betont und die qualitative Identität von gesund und krank behauptet. 1905 ist das Erscheinungsjahr der *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*, und es ist in der Tat so, daß Freuds Krankheitsverständnis vor 1905 und vor der *Traumdeutung* noch weitgehend mit dem der naturwissenschaftlich ausgerichteten Psychiatrie übereingestimmt hat. Freud war gleichsam auf der Suche nach dem „Erreger“ der Hysterie, nach einer spezifischen ätiologischen Noxe in Form von traumatischen Erlebnissen, oder aber nach im engeren Sinne spezifisch-pathogenen Mechanismen. In den Jahren 1895 bis 1897 glaubte er die Noxe gefunden zu haben, nämlich die sexuelle Verführung in der Kindheit. Der ätiologische Eifer ging sogar soweit, unterschiedliche Verführungsformen für verschiedene neurotische Krankheitsbilder verantwortlich zu machen. Die Verführungstheorie geht aber letztlich in ihrem Charakter als Theorie nicht über die Trauma-Theorie, d. h. nicht über Charcot und Binet als fortschrittlichste Repräsentanten der damaligen Psychiatrie, hinaus. Und wie Freud später in seiner *Selbstdarstellung* rekapituliert: Das sexuelle Moment wurde in den frühen Entwürfen theoretisch nicht anders bewertet als sonstige affektive Erregungen, die unterdrückt und verdrängt werden (1925, 47).

Die weitere Theorie-Entwicklung, nachzuverfolgen in den *Fließ-Briefen*, emanzipiert sich von den engen naturwissenschaftlichen Vorgaben des damaligen psychiatrischen Denkens. Nach der großen Enttäuschung von 1897 – die sexuellen Verführungen entpuppten sich zum Teil als Phantasien – konzentrierte sich Freud auf die Traumforschung und auf seine Selbstanalyse. Er erschrickt über sich selber, über das, was in seinen Träumen auftaucht, hält sich zunächst für schrecklich krank und neurotisch und schreibt den berühmten Satz: „Mein wichtigster Patient bin ich selbst“, von den späteren Biographen reichlich ausgeschlachtet, ohne in

seiner theoretischen Bedeutung gewürdigt zu werden. Denn die Akzeptanz und das Erleben der eigenen neurotischen Anteile mag entscheidend dazu beigetragen haben, zu einem ganz neuen Verständnis von Krankheit und Neurose zu finden.

So ist es auch nicht verwunderlich, daß Freud, je weiter er in der Traumdeutung und in der Selbstanalyse vordringt, immer unzufriedener mit seiner ersten Hysterie-Theorie wird. „Die Hysteriearbeit wird mir in Gedanken immer zweifelhafter, ihr Wert geringer, als hätte ich noch ein paar mächtige Faktoren außer Rechnung, und vor der Wiederaufnahme der Arbeit graut mir stark“ (August 1898, 1986, 354). Schließlich gerät ihm auch die Traumarbeit ins Stocken, aber er versteht jetzt zumindest schon die Gründe für sein Zögern. „Ich verstehe jetzt auch“, schreibt er im Januar 1899, „warum ich den Traum trotz aller Bemühung nicht abgeschlossen habe. Wenn ich noch ein Stück warte, kann ich den psychischen Vorgang so darstellen, daß er mir den Vorgang bei der hysterischen Symptombildung miteinschließt. Also warten wir“ (1986, 371).

Schließlich findet er einen „Schlüssel, mit dem nun vieles aufgeht“ (378): „Nicht der Traum allein ist eine Wunscherfüllung, auch der Hysterische Anfall ... Realität – Wunscherfüllung, aus diesen Gegensätzen sprießt unser psychisches Leben. Ich glaube, ich weiß nun, welche Bedingung den Traum von dem Symptom, das sich ja ins wache Leben eindrängt, scheidet. Für den Traum genügt es, daß er die Wunscherfüllung des verdrängten Gedankens sei; er ist ja von der Realität ferngehalten. Das Symptom aber, mitten im Leben, muß noch etwas anderes sein, auch die Wunscherfüllung des verdrängenden Gedankens. Ein Symptom entsteht dort, wo der verdrängte und der verdrängende Gedanke in einer Wunscherfüllung zusammentreffen können“ (Feb. 1899, 1986, 377).

Der „Schlüssel“ ist der Kern der psychoanalytischen Metapsychologie: Traumbildung und Symptombildung sind analoge Prozesse; der Traum ist gleichsam das neurotische Symptom des sogenannten Gesunden. Den entscheidenden Anteil an der Traumbildung und an der Symptombildung haben infantile Triebwünsche, beide sind entstellte, d. h. auch abgewehrte infantile Wunscherfüll-

lungen, das Unbewußte ist das Infantile. Dies ist eine Meta-Theorie, die sich strikt auf einem psychologischen Abstraktionsniveau bewegt. Es scheint also, daß Freud zunächst die Hoffnung aufgegeben hat, in der Metapsychologie die biologische Lösung der Zusammenhänge zu finden, wie er dies noch im Februar und September 1898 zum Ausdruck gebracht hatte (1986, 327; 375).

Die Sexualtheorie ist in diesem Prozeß der Forschung ein zunächst unliebsames Begleitprodukt. Noch 1897 war Freud von der sexuellen Unschuld des Kindes überzeugt. In der Verführungstheorie wird das Sexuelle zwar eingeführt, aber als äußeres Trauma, das nichts mit der psychischen Verfassung des Kindes zu tun hat, im Gegenteil diese nur empfindlich stört. Auch die eigene Konstitution prädestiniert ihn nicht zur Anerkennung des Sexuellen. Aus den Jugendbriefen an Silberstein kennen wir Freud als sexualscheuen Moral-Apostel, und auch in den *Studien über Hysterie* übergeht er sexuelles Material, obgleich es sich – aus heutiger Sicht – wie auf einem Silbertablett angeboten darbietet. Er sieht das auch selbst. „Dem Sexuellen bin ich ja ausgewichen“, schreibt er an Fließ, „aber der Dreck ist unvermeidlich und bittet um humane Behandlung“ (405).

Der „Dreck“ ist ihm nicht nur durch die Patienten begegnet sondern auch durch die Analyse der eigenen Träume. Durch sie war er unter „die Macht des Ödipus“ geraten (293). Wie alles versucht Freud nun, diesen „Dreck“ theoretisch zu bewältigen, d.h. er geht der Frage nach, woher dieser wohl komme, und er weiß auch schon bald, „eine Sexualtheorie dürfte die nächste Nachfolgerin des Traumbuches werden“ (Okt. 1899, 1986, 416). Erste Spekulationen über eine Schichtung der Sexualität finden sich in einem Brief vom Dezember 1899 (428). Aber die Sexualtheorie läßt auf sich warten, obgleich die Patienten ihn mit sexuellem Material gleichsam überschütten. „Ich arbeite nichts und es ist still in mir“, schreibt er an Fließ kurz nach der Veröffentlichung der *Traumdeutung*, „kommt die Sexualtheorie, so werde ich sie anhören“ (Jan. 1900, 1986, 434). Und einige Tage später: „Zur Sexualtheorie wird gesammelt und gewartet, bis das aufgehäuften Material durch einen zündenden Funken in Brand gesteckt werden kann“ (436). – Aber darüber verge-

hen fünf geschlagene Jahre! Fünf Jahre, in denen Freud abgesehen von der *Psychopathologie des Alltagslebens* keine nennenswerte Veröffentlichung vorweist, eine für ihn ungewöhnlich lange publizistische Latenz.

1905 ist es dann soweit. Der Funke hat gezündet, und mit der Sexualtheorie ist ein Schlüssel gefunden, mit dem noch mehr aufgeht. Mit dem Kernstück, der Theorie der infantilen polymorph-perversen Sexualität, hat Freud schließlich eine Antwort auf die ihn quälende Frage gefunden, „woher nur bei allen Patienten die entsetzlichen perversen Details“ kommen, „die oft ihrem Erleben ebenso ferne sind wie ihrer Kenntnis?“ (Sept 97, 1986, 291).

Die Offenheit für die infantile Vorgeschichte der Sexualität hatte zur Beobachtung geführt, daß die infantilen Äußerungsformen in sehr vieler Hinsicht dem ähnlich sind, was uns in den so eindrucksvollen Perversionen der Erwachsenen befremdet. Die Ergebnisse von Krafft-Ebing wurden in die theoretischen Überlegungen einbezogen (1986, 231). Hinzu kam die in den Analysen gewonnene Entdeckung, daß die latenten sexuellen Inhalte bei den neurotischen Patienten nicht genital-sexueller, sondern perverser Art sind, d.h. infantile Fixierungen entweder an inzestuöse Objekte oder an prägenitale Befriedigungsformen.

Damit hatte Freud den Begriff des Sexuellen in zweifacher Hinsicht erweitert, nach oben wie nach unten. „Erstens wird die Sexualität aus ihren engen Beziehungen zu den Genitalien gelöst und als eine umfassendere, nach Lust strebende Körperfunktion hingestellt, welche erst sekundär in den Dienst der Fortpflanzung tritt; zweitens werden zu den sexuellen Regungen alle die bloß zärtlichen und freundschaftlichen gerechnet, für welche unsere Sprache das vieldeutige Wort ‚Liebe‘ verwendet“ (1925, 63). Aber er beeilt sich hinzuzufügen, daß dies keine neue Entdeckung durch ihn sei, sondern die Aufhebung einer unzumutbaren Einengung (Sexualität ist genitale Sexualität), wie sie erst im Zuge des 19. Jahrhunderts von der bürgerlichen Sexualmoral mit Unterstützung der Kirche vorgenommen wurde.

Über den Zusammenhang der normalen polymorph-perversen infantilen Sexualität geht nun der qualitative Unterschied zwi-

schen Perversion und Neurose einerseits und psychischer Gesundheit andererseits verloren. Die Entwicklungsgeschichte der Libido ist in jedem Fall eine konflikthafte – Freud beschreibt sie als „Schicksal“ –, in jedem Falle das komplizierte Ergebnis von natürlicher Triebhaftigkeit und kulturell vermittelter Trieb einschränkung. Die späteren Ergänzungen zur Triebtheorie und auch die Ergänzungen durch die Strukturtheorie ändern nichts an diesen Zusammenhängen.

3. These: Ein wichtiges Kennzeichen der modernen Psychoanalyse besteht in der Ablehnung der Triebtheorie und/oder der Metapsychologie und in der Rückkehr zu einer engen Definition von Sexualität als genitaler Sexualität.

Die Triebtheorie ist natürlich ebenso wie die Metapsychologie nicht als kanonisierte Lehre zu verstehen, nicht als abgeschlossenes Kapitel im Buch der Psychoanalyse, sondern als Perspektive, als offenes Projekt, wie die Psychoanalyse selbst, wie jede Wissenschaft (vgl. Galli 1992, 153).

Die Triebperspektive wurde nun in der modernen Psychoanalyse selten mit einem Schlage aufgegeben. Eine gängige Strategie des Abschieds sieht als ersten Schritt vor, die Triebtheorie für die sogenannten klassischen, ödipalen Neurosen beizubehalten. Nur für die präödipalen Störungen (Ich-Pathologie, Grundstörung, Frühstörung, narzißtische Neurosen, Selbst-Pathologie) wird ihre Gültigkeit angezweifelt. In einem zweiten Schritt wird dann zu Recht (!) festgestellt, daß die polarisierende Gegenüberstellung von klassischen Neurosen und Frühstörungen unzweckmäßig sei, und in einem dritten Schritt werden alle psychischen Störungen unter die Voraussetzung der jeweils eigenen, neuen Theorie gebracht. – So jedenfalls machten es Kohut (vgl. Gedo 1991) und neuerdings Blanck & Blanck (1989, 190).

Neben diesen Versuchen, sich auf der klinischen Ebene der Triebtheorie zu entledigen, finden sich weitere Versuche, dies eher metapsychologisch oder theoretisch zu erreichen. In dieser metapsychologischen Kontroverse um die Triebtheorie geht es in der Regel um einen Prioritäten-Streit – um die

Frage, ob es im Psychischen des Menschen Bereiche gibt, die in ihrer Entwicklung unabhängig von den Trieben verlaufen, die der Triebentwicklung vor- oder übergeordnet sind. Die Akzentsetzung – es geht ja um den vermeintlich nur störenden und unerwünschten Einfluß der Triebe – läßt erkennen, daß sich hier die alte philosophische Kontroverse um die Freiheit des menschlichen Geistes fortsetzt.

Diese vom Trieb unabhängig gedachten Felder sind in der amerikanischen Ich-Psychologie die Bereiche der autonomen Ich-Entwicklung, manche Objektbeziehungstheorien sehen in der Objektsuche das übergeordnete Motiv, und in der Selbstpsychologie ist es die Selbstentwicklung. Natürlich sind diese Ergänzungen für die Psychoanalyse wertvoll, wenn sie als Ergänzungen behandelt werden, wie dies z. B. in der Tradition der englischen Ich-Psychologie um A. Freud und Sandler geschehen ist. Andersorts jedoch, besonders in der amerikanischen Ich-Psychologie und der Selbstpsychologie, wird anfangs zwar der ergänzende Aspekt betont, dann aber werden Triebgesichtspunkte nach und nach theoretisch und praktisch untergeordnet, bis sie oft ganz aus dem Blickfeld verschwinden. So enthält das empirische Material bei Mahler, Pine & Bergman (1975) viele Hinweise, die Kastrationsangst und Penisneid zu bestätigen scheinen, die jedoch in der theoretischen Verallgemeinerung nicht mehr berücksichtigt werden.

Diese Theorieentwicklung geht mit Tendenzen einher, die hier nur kurz angedeutet werden können. Am auffallendsten ist die schon 1985 von Parin beschriebene „Verflüchtigung des Sexuellen“ aus der Psychoanalyse. Seine düstere Prognose lautet, daß sich mit dem Sexuellen auch die Psychoanalyse selbst verflüchtigt. Die Thematik wurde 1992 u. a. von Nitzschke aufgegriffen, der den Angelpunkt dieser Entsexualisierungstendenzen in der Trennung von Affekt und Trieb ausmacht. Und Lilli Gast untersucht die modernen Narzißmustheorien und stellt auch hier den „Verlust des Sexuellen“ im psychoanalytischen Diskurs fest.

Diese „Entsexualisierung“ stellt sich bei näherem Hinsehen als Rückkehr zum vorfreudischen Begriff der Sexualität als genitaler Sexualität dar – mit dem Ergebnis, daß die

„Prägenitalität“ nicht mehr als infantiler Vorläufer des Sexuellen begriffen werden kann. Der Hiatus zwischen präödpalen und ödpalen Störungen wird damit unüberbrückbar, so als gäbe es wirklich zwei psychoanalytische Techniken und Theorien, wie Cremerius (1979) dies provokativ zur Diskussion gestellt hat.

Der Verzicht auf die Triebtheorie eignet sich auch, das Unbewußt-Psychische zu eliminieren. Die Essenz der Psychoanalyse tritt in den Hintergrund zugunsten eines eher phänomenologischen Ansatzes, wie beispielsweise bei Kohut, oder eher behavioristischer Modalitäten, wie in der amerikanischen Ich-Psychologie.

Während für Freud das Psychische primär unbewußt ist, primärprozeßhaft, die Bewußtheit nur eine Qualität des Psychischen, beginnt z. B. bei Mahler die psychische Geburt des Menschen erst als Ergebnis von Individuation und Separation, d. h. mit dem Bewußtsein der Trennung von Selbst und Objekt. Und Kohut meint sogar, auf den Begriff der Verdrängung ganz verzichten zu können (1977, 218).

Eine weitere Tendenz schließlich soll gesondert berücksichtigt werden, nämlich die Pathologisierung des Triebhaften.

4. These: Mit der Ablehnung der Triebtheorie ist der innere Zusammenhang von Gesundheit, Perversion und Neurose nicht mehr konzeptualisierbar. Sie geraten in einen qualitativen, abstrakten Gegensatz zueinander.

Die Behauptung triebneutraler oder triebunabhängiger oder dem Triebhaften primär vorausgehender Bereiche der psychischen Entwicklung führt nun „like a mystery“ zu einer Pathologisierung des Triebhaften, insbesondere in seinen für den Menschen wenig schmeichelhaften Ausgestaltungen.

Schlachtfeld der Kontroverse ist immer der Säugling. Er muß dafür herhalten, über die wahre Natur des Menschen Auskunft zu geben. Und es hat den Anschein, daß der Säugling es bisher allen recht gemacht hat. Es gibt keine psychoanalytische Theorie, die nicht von sich behauptet, durch Säuglingsbeobachtung an empirischer Evidenz und Validität gewonnen zu haben. Deshalb kann man sich ge-

trost den Ergebnissen zuwenden: Und diese führen nun in den modernen Konzepten der Psychoanalyse zu einem Bild vom Säugling und damit zu einem Menschenbild, das empfindlich vom Freudschen Säugling abweicht.

Bei Freud wird der Säugling egoistisch, grausam, unsozial, triebhaft und unappetitlich gesehen. Er gehorcht allein den Gesetzen des Primärprozesses und muß zur Übernahme des Realitätsprinzips gezwungen werden; Eltern und Kind gelten als natürliche Feinde, und die Erziehung hat dafür zu sorgen, daß „aus dem tierähnlichen, unselbständigen, für die Umgebung fast unerträglichen Wesen ein mehr oder weniger vernünftiger Mensch wird“ (Anna Freud 1930, 115).

Mit der modernen Psychoanalyse hingegen entsteht ein Säugling, der unschuldig und gut ist, sozial und objektsuchend. Aggressive, sexuell-perverse oder narzißtische Phänomene gelten jetzt als reaktiv erzeugte, pathologische Phänomene, die vom Schöpfer der menschlichen Natur nicht vorgesehen sind. Für Kohut ist schließlich selbst der Ödipus-Komplex ein pathologisches Phänomen. Er räumt zwar ein, daß „nicht-pathogene“ Spuren des Ödipus- und Kastrationskomplexes, gleichsam in homöopathischer Dosierung, in jedem Menschen zu finden sind, daß kein Mensch völlig frei von Sucht oder Spuren perverser sexueller Interessen oder Delinquenz sei – aber er besteht darauf, sie zu pathologisieren. „Trotz der Ubiquität dieser Spuren jedoch sollte keine dieser triebdominierten Verhaltens- und Erlebnisweisen als normal bezeichnet werden“ (1984, 51). Denn sie alle entstehen erst als Reaktion auf böse – kranke oder unempathische – Eltern. Wie das Böse und das Destruktive aber in die Eltern und in die Welt gekommen ist, das bleibt offen und erfordert womöglich den Rückgriff auf die biblische Schöpfungsgeschichte.

Die moderne Psychoanalyse hat sich hier dem entfremdeten Alltagsbewußtsein und Wunschdenken angeschlossen, das in der Alltagssprache für die Barbarei den Begriff des Un-Menschlichen, also des Nicht-Menschlichen, vorgesehen hat – ganz so, als wären die Quellen der Barbarei woanders zu suchen als im Menschen selbst. Um einen Ausdruck von Keupp (1989) zu gebrauchen: Die moderne Psychoanalyse hat sich den „Schönwetterpsychologien“ angeschlossen.

Das Neurotische und Perverse und das Destruktiv-Aggressive wurden von Freud gleichsam „normalisiert“, wodurch das Normale und die psychische Gesundheit ihre Unversehrtheit eingebüßt haben. Und genau diese Leistung wurde in der modernen Psychoanalyse wieder rückgängig gemacht: Die Triebhaftigkeit wird pathologisiert, dem Krankhaften zugeschoben und damit ausgegrenzt.

Deutlich wird diese Tendenz auch in vielen neueren Perversionstheorien. Für Socarides und Blanck & Blanck z. B. als Repräsentanten der amerikanischen Ich-Psychologie ist Homosexualität als solche eine schwere psychosenahe Pathologie; ähnlich sehen das Balint und Fairbairn als Vertreter der Objektbeziehungs-Theorie, und Kernberg (1991) scheint sich neuerdings Fairbairn angeschlossen zu haben. Auch die Entwürfe von McDougall und Chasseguet-Smirgel sind zum Teil ähnlich problematisch; auch hier werden die Perversionen wie Krankheitseinheiten behandelt, nicht wie Symptom-Komplexe, die in beliebigen Neuroseformen und auch bei psychischer Gesundheit vorkommen können (vgl. dazu auch Cremerius 1992). Als Prototyp für das problematische Vorgehen in der klinischen Interpretation kann eine Studie von Kahn (1970) über Fetischismus gelten. Darin wird die Geschichte eines Falles vorgestellt, bei dem der Fetischismus in eine komplexe und schwere Beziehungsstörung eingebaut ist. Das fetischistische Ritual dient nicht nur als Sexualpraktik, sondern gleichsam als Schablone, auf der Kontakt überhaupt nur stattfinden kann. Die zweifellos schwere Pathologie dieses Patienten wird nun von Kahn gleichsam in den Fetischismus hineinverlagert, so als sei sie diesem immanent, der Fetischismus als solcher die Abwehr von Depression, Hypochondrie, Verfolgungswahn, Psychose, Ichauflösung und Persönlichkeitszerfall. Kein Gedanke wird hingegen an die Möglichkeit verschwendet, daß es sich vielleicht bei diesem Fall um eine schwere psychosenahe Störung handelt, in der auch eine fetischistische Symptomatik Verwendung findet.

Diese Pathologisierung des Triebhaften-Perversen und des Destruktiven geht nun mit der Tendenz einher, das Normale und das Gesunde von Perversität und Destruktion zu verschonen; und dies wiederum führt zu illu-

sionären Normalitätsvorstellungen und möglicherweise auch zu illusionären und irreführenden Therapiezielen.

5. These: Und damit ist schließlich die Grundlage für eine kritische psychoanalytische Praxis gefährdet.

Freud hat für den Ausgang der Analysen ein recht bescheidenes Ziel vorgesehen, nämlich „das hysterische Elend in gemeines Unglück zu verwandeln“ (1895, 312). Er betont das gemeine Unglück und nicht das gemeine Glück, keine Heilsversprechungen, keine Aussicht auf Selbstverwirklichung oder Sinnfindung und keine Aussicht auf uneingeschränkte Triebbefriedigung, im Gegenteil: Der bewußte Triebverzicht wird als individuell zu leistender Beitrag zur Kultur gefordert, und die Not der Anpassung steht außer Frage. Es wird allein in Aussicht gestellt, die im neurotischen Konflikt gebundene Libido zu befreien, um sie für Sublimierung (Arbeit) oder zivilisierte und domestizierte Lust (Genußfähigkeit) zur Verfügung zu haben.

Gemessen daran erscheint der Katalog der post-freudianischen analytischen Zielvorstellungen wesentlich vielversprechender. In Aussicht gestellt werden: Autonomie, Identitätsfindung, Individuation, „reife Genitalität“, Erreichen des „echten Primats der Genitalität“, Beziehungsfähigkeit, Selbstfindung, Selbstkohärenz, Selbstverwirklichung, Sinnfindung, und all dies womöglich noch in harmonischer Übereinkunft mit der Umwelt.

Es sind dies Zielvorstellungen, die mitunter sehr ideologieträchtig erscheinen und die, sofern sie in die konkrete Wirklichkeit der therapeutischen Praxis hineinreichen, auch eine erhebliche Verwirrung stiften können. „Autonomie“ z. B., das erklärte Ziel der amerikanischen Ich-Psychologie, verspricht Unabhängigkeit, meint aber letztlich das Gegenteil, die Verinnerlichung der Eltern-Instanzen. Im Unterschied zur Nachahmung, so Blanck & Blanck, sei die eigentliche Identifizierung ein Verinnerlichungsprozeß und „gewährleistet deshalb ein höheres Maß an Unabhängigkeit vom Objekt. Dies ist der Weg zur Autonomie“ (1974, 53). Die äußere Abhängigkeit wird durch eine innere ersetzt, und das wird Autonomie genannt. Je deutlicher

und affirmativer die Anpassung propagiert wird, desto häufiger ist auch von Autonomie die Rede!

Natürlich hat Marcuse Recht, wenn er die psychoanalytische Praxis schlechthin als Anpassungsprozeß begreift. Aber Anpassung und Anpassung sind nicht dasselbe. Innerhalb der Ich-Psychologie wird die erreichte Anpassungsfähigkeit des Patienten wie ein längst fälliges Glück begrüßt – im Kontext einer kritischen Theorie und Praxis versteht sich die Anpassung als Not; die Anpassungsleistung, die vom Patienten gefordert wird, gleicht letztlich der Trauerarbeit, und anstelle von leeren Autonomieversprechungen begnügt man sich damit, die äußeren und inneren Abhängigkeiten bewußt zu machen.

Im Rahmen der Objektbeziehungstheorien werden die Normalitätsvorstellungen im Kontext von „Beziehungsfähigkeit“ gesehen. Das Freudsche „Primat der Genitalität“ wird oft normativ umgedeutet, was in Attributen wie „reife Genitalität“ (Balint) und „echtes Primat der Genitalität“ (Blanck & Blanck) zum Ausdruck kommt. Als statische Kriterien für psychische Gesundheit verstanden, dienen sie als Behälter, in denen obskure viktorianische Moralvorstellungen tradiert werden. Kernberg z. B. verlangt die „dauerhafte und trotzdem leidenschaftliche Liebe“ (1976, 222). Auch Balint und Blanck & Blanck sind sich darin einig, daß sexueller Höchstgenuß in eine dauerhafte heterosexuelle Liebesbeziehung eingebettet zu sein hat. Die Problematik solcher Ansichten besteht nicht in erster Linie darin, daß sie alle Statistiken über das Liebesleben negiert, auch nicht darin, daß sie Freuds traurige Einsichten negiert, wie er sie z. B. in *Über die allgemeinste Erniedrigung des Liebeslebens* beschrieben hat. Problematisch ist vielmehr die Pathologisierung von inzwischen gängigen Lebensstilen (Homosexualität und Singles) und die Gefahr, daß über diese Normalitätsvorstellungen ein geradezu pathogener Normalitätsdruck auf Analytiker wie auf Patienten ausgeübt wird.

Und zuletzt die Maxime der Selbstpsychologie: Sinnfindung und Selbstverwirklichung. Es sind dies Begriffe, die in eine problematische Nähe zu religiösen Heilslehren geraten. Sofern sie auch in psychoanalytischen Konzepten auftauchen, geben sie Zeugnis darüber, daß sich auch hier esoteri-

sche Tendenzen Eingang verschafft haben. Und vielleicht hängt es auch mit dieser Neigung zur Esoterik zusammen, daß schon fast überall die „echte“ oder die „eigentliche“ Psychoanalyse von der nur therapeutischen unterschieden wird. Blanck & Blanck machen dies durch ihre Unterscheidung zwischen Psychoanalyse und Psychotherapie, und für Balint ist die echte Analyse an das Erlebnis des „Neubeginns“ gebunden. Die spätere inflationäre Verwendung der Maxime des Neubeginns ließ jedoch vergessen, daß selbst bei Balint ein solcher Neubeginn nur in 20% der Fälle zu beobachten war (1952, 285). Und besonders unglücklich erscheinen Versuche, die „echte“ Analyse an bestimmten Parametern des Settings – in der Regel Stundenfrequenz oder Stundenumfang – festzumachen.

Es sieht nun fast so aus, als wollte ich mich als Propagandistin einer neuen Bescheidenheit und einer freudlosen Psychoanalyse üben – im Einklang mit Marcuse, der für den praktisch tätigen Psychoanalytiker keine erstrebenswerte Perspektive zeichnen kann. Die Therapie ist für ihn ein „Kurs in die Resignation“ (1957, 805).

Ich kann das so nicht sehen und wundere mich auch über die Ignoranz der „Kritischen Theorie“ angesichts der neuen Welten, die sich in jeder Analyse nicht nur für den Analysanden, sondern auch für den Analytiker auftun. Diese neuen Welten eröffnen sich freilich nicht durch esoterische oder illusionäre Zielsetzungen und Versprechungen, sondern durch die Methode der Psychoanalyse selbst. Kernstück der psychoanalytischen Methode ist die freie Assoziation, und Kernstück der freien Assoziation ist die „Wahrhaftigkeit“. Der Patient wird sensibel gemacht, auch unschöne Gedanken und Phantasien bei sich wahrzunehmen, und er wird ermutigt, die Widerstände gegen diese zu überwinden. Der mitunter lapidar vorgetragene Vorwurf „Reden hilft nichts“ wird keinem über die Lippen kommen, der diese Erfahrung für sich gemacht hat. Und genau und nur dadurch kommt „ES“ an die Oberfläche, allerdings nicht nur beim Patienten, sondern auch beim Analytiker. Freies Assoziieren ist an sich eine kritische Praxis, weil es die Norm der Konventionen, die Norm von

Anstand und Höflichkeit, von Rücksicht und Schmeichelei sprengt, und weil nur dadurch die Möglichkeit eröffnet wird, Selbstbetrug und Selbsttäuschung zu überwinden. Und das freie Assoziieren ist eine Methode, die – wie Anna Freud schreibt – Patienten und Analytiker gleichermaßen anwenden, „die den Un-

terschied zwischen psychischer Gesundheit und psychischer Krankheit verringert; die es möglich macht, alle dominierende Autorität Patienten gegenüber aufzugeben und ihn als Partner bei einer Arbeit anzusehen“ (1976, 2796).

Literatur

- Balint, M. (1952): Der Neubeginn, das paranoide und das depressive Syndrom. In: ders., *Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse*, 280-303. Bern, Stuttgart: Huber/Klett
- Blanck, G. & Blanck, R. (1974): *Angewandte Ich-Psychologie*. Stuttgart: Klett-Cotta 1985
- dies. (1986): *Jenseits der Ich-Psychologie*. Stuttgart: Klett-Cotta 1989
- Cremerius, J. (1977): Gibt es zwei psychoanalytische Techniken? *Psyche* 33, 551-564
- ders. (1992): Die Auswirkungen der Verflüchtigung des Sexuellen in der Psychoanalyse auf die Beurteilung der Homosexualität. *Psychoanalyse i. Widerspruch* 7
- Freud, A. (1930): *Einführung in die Psychoanalyse für Pädagogen*. Schriften, Bd. I
- dies. (1976): *Wandlungen in psychoanalytischer Theorie und Praxis*. Schriften, Bd. X
- Freud, S. (1895): *Studien über Hysterie*. GW I
- ders. (1905a): *Über Psychotherapie*. GW V
- ders. (1905b): *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. GW V
- ders. (1910): *Über Psychoanalyse*. GW VIII
- ders. (1913): *Die Disposition zur Zwangsneurose*. GW VIII
- ders. (1916-17): *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. GW XI
- ders. (1925): *Selbstdarstellung*. GW XIV
- ders. (1937): *Die endliche und die unendliche Analyse*. GW XVI
- ders. (1986): *Briefe an Wilhelm Fließ*. Frankfurt/M.: Fischer
- Galli, P. F. (1992): Die Psychoanalysen und die Krise der Psychoanalysen. In: Kuster, M. (Hg.), *Entfernte Wahrheit*. Tübingen: edition discord
- Gast, L. (1992): *Libido und Narzißmus*. Tübingen: edition discord
- Gedo, J. E. (1991): Selbstpsychologie – eine postkohlitanische Betrachtung. *Psyche* 45, Heft 1, 1-16
- Görlich, B., Lorenzer, A. & Schmidt, A. (1980): *Der Stachel Freud*. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Kahn, M. (1970): Der Fetischismus als Selbstverneinung. In: Pontalis, J. B. (Hg.), *Objekte des Fetischismus*. Frankfurt/M.: Suhrkamp 1972
- Kernberg, O. F. (1976): *Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta 1981
- ders. (1991): Aggression und Liebe in Zweierbeziehungen. *Psyche* 46, 1992, Heft 9, 797-820
- Keupp, H. (1989): Sigmund Freuds Leistung für die Sozialpsychologie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 4/89, 521-534
- Kohut, H. (1977): *Die Heilung des Selbst*. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- ders. (1984): *Wie heilt die Psychoanalyse?* Frankfurt/M.: Suhrkamp 1987
- Mahler, M., Pine, F. & Bergman, A. (1975): *Die psychische Geburt des Menschen*. Frankfurt/M.: Fischer 1980
- Marcuse, H. (1957): Kritik des neo-freudianischen Revisionismus. *Psyche* 11, 801-820
- Nitzschke, B. (1990): Zum Diskurs über die „Sexualität“ in zeitgenössischen psychoanalytischen Entwürfen. In: Zepf, S. (Hg.), *Wer sich nicht bewegt, der spürt auch seine Fesseln nicht*. Frankfurt/M.: Nexus
- Parin, P. (1985): Die Verflüchtigung des Sexuellen in der Psychoanalyse. In: *Psychoanalytisches Seminar Zürich* (Hg.), *Sexualität*. Frankfurt/M.: Syndikat 1986